



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
SAÚDE MATERNO, NEONATO E LACTENTE

ALINA RIBEIRO TARGINO DE AMORIM

**Impactos da aplicação da Escala de Edimburgo em Puéperas acompanhadas na Unidade
Básica de Saúde do município de São Luís do Quitunde-AL**

Maceió/Alagoas

2014



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
SAÚDE MATERNO, NEONATO E LACTENTE

ALINA RIBEIRO TARGINO DE AMORIM

**Impactos da aplicação da Escala de Edimburgo em Puéperas acompanhadas na Unidade
Básica de Saúde do município de São Luís do Quitunde-AL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização e Linhas de Cuidado em Enfermagem-Saúde Materno, Neonato e Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Me. Aralinda Nogueira Pinto de Sá

Maceió/Alagoas

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Impactos da aplicação da Escala de Edimburgo Puéperas acompanhadas na Unidade Básica de Saúde do município de São Luís do Quitunde-AL** de autoria do aluno(a) **Alina Ribeiro Targino de Amorim**, foi examinado e avaliado pela banca examinadora avaliadora, sendo considerado **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Saúde Materno, Neonato e Lactente.

Prof.^a Me. Aralinda Nogueira Pinto de Sá

Orientadora

Prof.^a Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Prof.^a Dra. Flávia Regina Sousa Ramos

Coordenadora de Monografia

Maceió/Alagoas

2014

Agradecimento

Agradeço em primeiro lugar à Deus, minha fortaleza espiritual.

A meus Pais, Vilma e José Otávio, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

A meu marido, Paulo Gregório, pelo amor e por sempre participar, em todas as minhas aventuras estudantis, sem questionamentos.

Ao meu filho, pela compreensão em todos os momentos em que estive ausente.

A minha amiga Maria Goreth Duarte pelo incentivo constante e a Francinny Wanderley e Cleide Araújo pela ajuda e pelas idéias.

As mulheres que passaram pela puericultura da Unidade Saúde da Família-João da Rocha Calado, pois foi por elas que este estudo surgiu.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICES.....	24
ANEXO.	27

RESUMO

A gravidez e o parto são eventos estressores para a mulher e sua família e que muitas vezes são desencadeantes de sofrimento mental. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, um produto das atividades práticas reflexivas estimuladas pelo Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente mediante a identificação de situações problemas no município. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da aplicação da Escala Auto Aplicada de Edimburgo em puérperas acompanhadas na Unidade de Saúde da Família João da Rocha Calado, em São Luis do Quitunde-AL, através da aplicação da escala na versão brasileira adaptada por Santos, Martin e Pasquali na rotina da consulta de enfermagem. Os dados foram dispostos em percentagem, a partir da estatística simples, pelos quais foi evidenciado que os fatores de risco como: a gravidez na adolescência, rede de apoio ineficiente, instabilidade conjugal, e a ausência de fatores de proteção são eventos importantes para o desencadeamento da depressão pós-parto. Além disso, percebeu-se que a falta de conhecimento pela equipe em identificar sinais e sintomas de transtornos mentais, assim como a família e a mulher, que dificulta o manejo adequado desta paciente podendo desencadear situações negativas para o desenvolvimento do recém-nascido, a puérpera e sua família.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos estressores para a mulher e sua família, uma vez que, nesta fase, ocorrem mudanças emocionais, biológicas, físicas, socioeconômicos, em que, por vezes, os atores envolvidos muitas vezes não estão preparados para vivenciá-los e que podem ser desencadeantes de sofrimento mental (BRASIL, 2012).

Este sofrimento mental pode ser leve a grave e está inter-relacionada a esses estressores que influenciam esta fase da vida da mulher destacam-se: a intensa vivência emocional experimentada; as transformações do corpo e dos hormônios; a complicações na gestação e além de aos transtornos psíquicos previamente instalados, a chegada do bebê, em que se faz necessário adaptar-se a este novo momento; o cansaço físico devido às noites mal dormidas; a carência afetiva proveniente pela atenção privilegiada ao bebê; um menor apoio familiar e social. Estas situações sofrem influência direta do contexto em que a mulher está inserida e podem tornar a mulher mais vulnerável ao desencadeamento de transtorno mental (HIGUTTI; CAPOCCI, 2003).

Estudos demonstram que a gestação e o puerpério contribuem significativamente com os quadros de alterações psíquicas, onde presenciamos uma prevalência de 29% de transtornos, segundo estimativas americanas e apenas 5 % a 14% de tratamento adequado para estas pacientes. Dentre as alterações psiquiátricas mais frequentes na gestação e parto estão os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares (BRASIL, 2012).

No Brasil estima-se uma prevalência entre 10% a 15% de depressão pós-parto (BRASIL, 2012). De acordo com Barros e Marin (2002) realizar uma avaliação adequada e identificação da presença da alteração mental é de fundamental importância para a redução do impacto destas condições sobre o binômio mãe-filho.

A depressão pós-parto (DPP) destaca-se por se tratar de condição séria e comum que ocorre alguns dias ou semanas após o parto. Esta condição afeta seriamente o binômio mãe e bebê quanto a família, tornando-a incapaz de reconhecer e responder as exigências do seu filho, com prejuízo na relação entre eles (CANTILINO, 2009).

Entre os tipos de DPP mais frequentes aparece a ocorrência de *maternity blues* ou *baby blues*, uma depressão leve caracterizada pelo quadro de choro, instabilidade de humor, irritabilidade, tristeza, fadiga, insônia, ansiedade relacionada ao bebê que pode surgir entre o 3º dia e 4º dia apresentando uma alta prevalência, entre 50% a 80% e que regride espontaneamente entre as primeiras semanas de pós-parto (CANTILINO, 2009).

Reforça o autor que se não houver reconhecimento precoce ou quando indevidamente tratada a depressão pós- parto causa consequências negativas para toda a família. Para as mães, estes transtornos podem predispor futuros episódios depressivos e para a criança, pode haver alterações cognitivas, comportamentais, emocionais ou interpessoais, mesmo tardias (CANTILINO, 2009).

Sendo assim, a falta de conhecimento do paciente e seus cuidadores sobre o tema sobre os sintomas comuns tanto do puerpério quanto da DPP, o baixo nível de escolaridade, e a negligência do profissional que faz o atendimento ao binômio potencializam as consequências negativas, já que a detecção da depressão pode ser negligenciada.

Para tanto existem instrumentos simples que podem melhorar a qualidade da assistência as puérperas, como a aplicação da Escala Auto Aplicada de Edimburgo (EPDS) durante as consultas de enfermagem em quaisquer serviços que atendam essas mulheres.

Essa escala tem por finalidade a identificação e mensuração da intensidade de sintomas depressivos, é constituída por 10 enunciados, cujas pontuações são de 0 a 3 de acordo com os sintomas relatados (humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideias de morte ou suicídio, diminuição do desempenho ou culpa). A pontuação total na escala varia de 0 a 30, sendo consideradas deprimidas as puérperas que tiverem pontuação igual ou superior a 11 na escala (SANTOS, 1995).

Sendo assim, a EPDS permite rastrear as puérperas, e prevenir a magnitude dos eventos que a depressão pós-parto acarreta junto a família, mulher e recém-nascido.

A partir desta problemática, alguns questionamentos podem emergir como: Como as políticas de atenção a mulher podem direcionar estratégias que melhores a assistência nos serviços de saúde? Como as ações direcionadas à mulher no período gravídico estão sendo acompanhadas na Estratégia de Saúde da Família

(ESF)? Quais os instrumentos podem potencializar a efetividade do cuidado a essas mulheres? Quais os impactos desses instrumentos na prática dos enfermeiros que realizam essas ações?

Tais questionamentos foram fomentados pelas atividades práticas reflexivas visualização dos problemas sobre a realidade local estimuladas pelo Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. A partir disso surgiu o interesse de saber sobre o impacto da aplicação da Escala Auto Aplicada de Edimburgo no acompanhamento as puérperas na Atenção Básica do município São Luis do Quitunde-AL.

No município, a Atenção Básica, porta de entrada na rede de atenção à saúde, e os outros dispositivos da rede de atenção a saúde da mulher como os NASFs e CAPS que, por vezes, não oferecem suporte adequado para tratamento destas mulheres, já que não foi possível encontrar registros a cerca de situações de sofrimento mental nos prontuários e outras fichas de acompanhamento à gestante e puérpera, ou nos dados sistemas de informação de São Luis do Quitunde-AL .

A relevância desse trabalho está provocar mudanças na realidade do município e na prática dos profissionais de saúde da rede Atenção Primária de Saúde voltadas as puérperas, que, por vezes, são esquecidas pelas equipes das USF a partir do parto, já que passam de gestantes à cuidadoras tendo pouca disponibilidade de assistência de saúde digna e com qualidade voltada para a fase em que se encontra.

OBJETIVO

✓ Geral:

- Avaliar os impactos da aplicação da Escala de Edimburgo para atenção à saúde das mulheres acompanhadas na Unidade Básica de Saúde do município de São Luís do Quitunde-AL.

✓ Específicos:

- Aplicar a Escala de Edimburgo nas mulheres em acompanhamento de puericultura na Unidade Saúde da família/João da Rocha Calado-02;

- Rastrear as mulheres com depressão pós-parto acompanhadas no atendimento de puericultura na Unidade Básica de Saúde, através da Escala de Edimburgo;
- Sensibilizar os profissionais da ESF para aplicação da escala de Edimburgo em mulheres durante o atendimento de puericultura na Unidade Saúde da família João da Rocha Calado-02.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão pós- parto é identificada na literatura desde Hipócrates, onde se notou uma associação entre o período de pós-parto e o transtorno do humor (MILLER, 2002). É considerado um problema sério de saúde pública no Brasil, atingindo de 2 a 5% da população em geral, com predomínio no sexo feminino, muitas vezes precedida por eventos vitais marcantes, como a gestação, o parto e o período pós-parto. No entanto, a importância dos eventos do ciclo de vida da mulher como determinantes da depressão não está totalmente esclarecida (CRUZ, 2005).

A depressão pós-parto (DPP) segundo a Associação Americana de Psiquiatria é definida como um episódio maior que ocorre nas primeiras quatro semanas de pós-parto apresentando os sintomas de depressão clássica, como piora no fim do dia e insônia inicial que acomete principalmente as puérperas jovens ou de personalidade imatura; podendo ser, também, entendida como uma depressão atípica que apresenta como características a predominância de sintomas neuróticos, como a ansiedade, a irritabilidade que, muitas vezes, disfarçam a depressão. (BRASIL, 2012; ROCHA, 1999). Além disso, a DPP pode ser conceituada como um quadro depressivo, com um alto índice de prevalência que afeta as puérperas, podendo apresentar-se de forma leve, moderada e severa.

Durante o período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento, e somente 50% dos casos de depressão pós-parto são diagnosticados na clínica diária (CANTILINO, 2010).

A incidência da Depressão no pós-parto é elevada chegando a percentual de 10 a 15% nas mulheres que amamentam. O período de maior

incidência está em torno dos primeiros dias do pós-parto, mas esses números são confusos quando se tenta estabelecer diferenças entre Tristeza Materna (*Maternity Blues*), Depressão Pós-Parto e recorrência de Transtornos Bipolar no puerpério.

Estudos epidemiológicos têm estimado que mais de 80% das mulheres em idade reprodutiva, de modo geral, experimenta algum sintoma de humor deprimido. A Tristeza Materna (Blues), por sua vez, apresenta uma prevalência de 25 a 85%, dependendo do critério diagnóstico utilizado (CANTILINO, 2010).

A tristeza materna ou *Maternity Blues* é caracterizada por manifestações depressivas leves de ansiedade, com alteração de humor de leve a moderada intensidade, que envolve sensação de tristeza, irritabilidade, choro fácil, insônia, crises de choro, fadiga, diminuição de concentração (BRASIL, 2012). Segundo Azevedo (2008) cerca de 50 a 85% das puérperas desenvolvem estas.

A *Maternity blues* alcança seu máximo no quarto e no quinto dia de pós-parto e normalmente melhora em torno do décimo dia. Têm como fatores de risco acontecimentos de vida recentes, antecedentes pessoais e/ou familiares de depressão, sintomas depressivos na gestação (BRASIL, 2012).

Embora os sintomas da mulher possam ser angustiantes para ela e sua família não reflete a psicopatologia e geralmente não interferem na sua capacidade de cuidar de si e do seu filho, sendo, portanto, em sua maioria autolimitada e não exige tratamento formal, mas se faz necessário apoio a mãe e familiares e reconhecimento da situação, pois até 20% dessas mulheres poderão evoluir para um quadro de depressão pós-parto (AZEVEDO, 2010).

Os sintomas desta síndrome se iniciam logo nos primeiros dias do pós-parto, diminuindo pelo décimo quinto dia e se resolvendo logo depois. Uma das características de diagnóstico para Tristeza Materna é que seus sintomas característicos não devem ser considerados suficientes para causar sérios danos para o funcionamento da mulher. E isso é diferente da Depressão Pós-parto. Em algumas mulheres, no entanto, o transtorno inicialmente tido como Tristeza Materna persiste, evoluindo para um quadro mais grave de Depressão Pós-parto (RICCI, 2008). Ao contrário da tristeza materna, as mulheres com depressão pós-parto sentem-se piores com o passar dos dias, e as alterações no humor não se desvanecem por si só (AZEVEDO, 2010).

A Depressão pós-parto apresenta quadro clínico bastante heterogêneo, sendo que sintomas de ansiedade são mais comuns nesse período de vida que em

outros. A prevalência varia de 5% a 9%, com um risco aumentado ao longo da vida, não havendo diferença para o risco de depressão menor. As primíparas são particularmente mais suscetíveis para doenças mentais nos três primeiros meses de pós-parto, especialmente, nos 10 a 19 dias de pós-parto (BRASIL, 2012).

Vários fatores podem aumentar os riscos de desenvolvimento de depressão pós-parto, entre eles destacamos: história pregressa de depressão, depressão pós-parto anterior, sintomas depressivos já evidenciados na gravidez, antecedentes familiares de depressão, estressores no cuidado com o filho, conflito marital, baixa condição socioeconômica, violência doméstica, deficiência na rede de apoio social, baixo nível de escolaridade, história de transtorno bipolar, eventos estressores nos 12 meses anteriores, gestação não planejada, abortos anteriores e tentativas na gestação atual, amamentação ineficaz, complicações na gestação atual, malformação congênita, histeria, diabetes gestacional ou prévia (BRASIL, 2012).

As mulheres com perda gestacional anterior, com intervalo menor que 12 meses, tem uma maior probabilidade de desenvolver depressão pós-parto quando comparadas com mulheres que engravidaram após este período (BRASIL, 2012).

De acordo com os critérios diagnósticos psiquiátricos a Depressão Pós-Parto (DPP) é uma condição séria e comum que se caracteriza por episódios depressivos por, pelo menos, duas semanas durante a qual uma mulher tem humor depressivo ou perda de interesse em atividades que eram antes prazerosas (APA, 2000). Quando há perda de prazer ou de interesse estão presentes, são exigidos apenas três sintomas adicionais para o diagnóstico. Alguns autores consideram o predomínio da ansiedade, agitação e pensamentos recorrentes como um Transtorno Obsessivo-Compulsivo pós-parto, e não como um subtipo de DPP (SICHEL; DRISCOLL, 2000).

Esta condição afeta seriamente a mãe, o bebê e a dinâmica familiar e a mãe pode se tornar incapaz de reconhecer e responder às exigências do seu filho, com prejuízo na relação mãe-bebê (BECK, 1996).

Na mãe, outros sintomas depressivos devem estar presentes diariamente em número não inferior a quatro, como perda/ganho de peso, alteração em apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia sentimento de culpa e diminuição na capacidade de pensar ou concentrar-se, recorrentes pensamentos de morte com sem planejamento suicida (SICHEL; DRISCOLL, 2000).

Na criança, podem ser evidenciadas alterações cognitivas, comportamentais, emocionais ou interpessoais mesmo tardias (ROBINSON & STEWART, 2001). Reforça Correia (2004) que se não houver o reconhecimento precoce ou quando indevidamente tratada, a DPP causa consequências negativas para toda a família.

Dentre os transtornos emocionais, a Psicose Puerperal é um quadro grave que acomete uma ou duas mulheres em cada 1000 parturientes. Manifesta-se até três semanas de pós-parto e as manifestações clínicas incluem alterações no sono, fadiga, depressão e hipomania. A mulher estará chorosa, confusa, preocupada com sentimentos de culpa e baixa auto-estima. Os sintomas iniciais assemelham-se aos de depressão, mas podem intensificar levando a um quadro de delirium, alucinações, raiva de si e do bebê, manifestações de mania e pensamentos de machucar a si e ao bebê (BRASIL, 2012).

A mulher muitas vezes perde o contato com a realidade e manifesta colapso regressivo grave associado a alto risco de suicídio e infanticídio. Nestes casos é mandatório o diagnóstico precoce e tratamento imediato (AZEVEDO, 2008).

Atualmente se observa no CID.10 (Classificação Internacional de Doenças) uma tendência à considerá-la, juntamente com a Depressão Pós-parto, como um tipo de Transtorno do Humor, iniciada ou precipitada pelo puerpério - período pós-parto. Acredita-se que a exposição prolongada aos esteroides ovarianos durante a gestação pode precipitar uma depressão. A mesma teoria salienta que o parto piora uma depressão pré-existente. A interação entre a suscetibilidade genética e os fatores de risco maiores, juntamente com as variações hormonais poderiam explicar a depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Atualmente o diagnóstico de DPP é feito com base em sintomas de Depressão Maior que se iniciam nas primeiras quatro semanas após o parto (APA, 2004). Não existe, portanto, uma classificação distinta deste transtorno, devendo ser diagnosticado como parte de Transtornos Afetivos ou de Humor nos sistemas que caracterizam o diagnóstico das doenças, como o DSM-IV e CID-X (WHO, 1993).

O DSM-IV solicita ainda que seja especificado “com início no pós-parto” para diferenciar quadros depressivos e psicóticos que ocorrem dentro das primeiras quatro semanas após o parto. Na CID-X, similarmente, o episódio deve ser

diagnosticado dentro de uma categoria principal, especificando a sua associação com o período puerperal (WHO, 1993).

A maioria dos trabalhos recentes baseia seu diagnóstico na escala de Edinburgh, considerando-se positivo os casos com escores acima de 13 pontos. Essa incidência tende a diminuir mais tardiamente, e entre 14 e 30 semanas depois do parto o número cai a 10,28% para os quadros de ansiedade e a 7,48% para depressão (STUART, 1998).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é a mais utilizada para rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam após o parto, tendo sido traduzida para 24 idiomas, com estudos de validação na maioria dos países. É instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde.

A EPDS- escala autoaplicada de Edimburgo foi validada no Brasil por Santos ET AL., que demonstraram com escore de 11/12 apresenta uma sensibilidade de 72%, especificidade de 89% e valor preditivo de 78% (SANTOS, 1999).

A EPDS consiste em instrumento auto-aplicada composto de 10 enunciados, cujas opções são pontuadas (0 a 3) de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Seus itens cobrem sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, idéias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersônia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira.

Os sintomas de depressão pós-parto se sobrepõem aos vários dos sintomas normais que ocorrem no puerpério em decorrência da necessidade de cuidado do bebê. Deve-se estar atento para a perda da capacidade de dormir do recém-nascido, perda rápida de peso acompanhada da falta de apetite e a perda do prazer de comer, que são sinais de alerta para depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Podem apresentar sinais adicionais, são eles: crise de pânico, intensa irritabilidade, sentimentos de culpa, sensação de sufocamento, opressão,

inadequação, incompetência, pensamentos de machucar a si própria e ao bebê, conhecidos como “pensamentos assustadores”, tais pensamentos podem ser preditivos de psicose puerperal, desenvolvimento cognitivo inferior, retardo na aquisição da linguagem, distúrbio do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. Desta forma, as repercussões de uma depressão pós-parto são múltiplas. (BRASIL, 2012).

O desconhecimento dos pacientes e seus cuidadores sobre desordens psiquiátricas e seus tratamentos, a presença de sintomas comuns no estado puerperal e na depressão pós-parto e a não verbalização pela mulher de sentimentos pelo medo de ser incompetente como mãe e cuidadora dificultam o diagnóstico pela equipe de saúde da depressão pós-parto (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel fundamental na identificação e condução dos sintomas depressivos maternos no período pós-parto, minimizando seus impactos na mãe, no recém-nascido e na família. Sendo assim, implantamos a aplicação da Escala de Edimburgo, EPDS, durante a consulta de enfermagem ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, aplicando-a a todas as mães no comparecimento às consultas de puericultura até o sexto mês de vida do bebê, para o rastreamento dos sintomas depressivos através da EPDS, adotando-se ponto de corte 11.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem quantitativa. É produto das atividades práticas reflexivas estimuladas pelo Curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente mediante a identificação de situações problemas no município São Luis do Quitunde, Alagoas.

A pesquisa de caráter descritivo “*visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de Levantamento*” (GIL, 1991, p.6).

O município São Luis do Quitunde, Alagoas foi escolhido por ser critério da proposta do curso que trabalho de conclusão de curso de dar

continuidade ao processo reflexivo teórico-prático desenvolvido nas atividades de intervenção, as quais foram feitas no local de trabalho da pesquisadora.

O município conta com uma população aproximada de 32.632 habitantes (IBGE/2010), é um dos que compõem a 2º Região de Saúde, apresenta uma densidade demográfica de 82,16 hab/km², em uma área de 397,17 km². Limita-se ao norte com o município de Joaquim Gomes, ao sul com a barra de Santo Antônio, a leste com Matriz de Camaragibe e São Miguel dos Milagres e a oeste com o município de Flexeiras, situa-se na região leste do Estado, há 55,3 km da Capital Alagoana (SAUDE/AL, 2012).

Possui a maior população residente da 2º Região de Saúde, com 20,8% da população, com uma população total de 32,412 habitantes (IBGE, 2010) em sua maioria do sexo masculino, com razão entre os sexos de 101,5 (SAUDE/AL, 2012) com a população predominantemente urbana.

O município de São Luis do Quitunde é pleno em sua gestão à saúde e conta em sua Rede de Assistência sob a responsabilidade da Coordenação de Assistência da Complexidade :média, alta e especializada com uma Unidade Hospitalar, um NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, um CAPS- Centro de Apoio Psicossocial, nível um, um CEO- Centro de Especialidades Odontológicas e o laboratório Municipal, que há aproximadamente um ano não funciona.

Sob a responsabilidade do Departamento de Vigilância à saúde encontramos as coordenações de vigilância epidemiológica, a coordenação municipal de imunização e a promoção à saúde. Vinculado ao Departamento da Atenção Básica a coordenação da Atenção Básica, onde as equipes de estratégia saúde da família estão diretamente ligadas juntamente com a Coordenação da Saúde da Mulher.

São Luis do Quitunde, que tem 100% de cobertura da estratégia saúde da família, com o Sistema de Informação do Pré-natal - SISPRENATAL implantado, mas opera com fragilidades.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família João da Rocha Calado-02, que funciona na 2º Região de Saúde, zona urbana, juntamente com a equipe de saúde da família-01, e conta com médico, enfermeira, técnico de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

No período de dezembro de 2013 a março de 2014, o trabalho foi desenvolvido com as puérperas cadastradas na referida USF com a aplicação da

Escala Autoaplicada de Edimburgo- EPDS, na versão adaptada por Santos, Martin e Pasquali, juntamente com identificação socioeconômica da participante (Apêndice II), durante a consulta de puericultura aplicada às mães com até 180 dias de pós-parto, após autorização através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

A escala foi inicialmente, aplicada a 18 mulheres, pelo menos uma vez, respeitando aos princípios éticos exigidos do respeito, privacidade, autonomia. As puérperas que aceitaram participar da atividade foram conduzidas a um ambiente reservado, pelos agentes comunitários de saúde, os quais foram capacitados pela enfermeira da equipe para a aplicação da escala, no intuito de preservar a mulher evitando que ocorra constrangimento ao responder os enunciados. Quando a participante não sabia ler ou apresentava dificuldades à aplicação da escala se deu em forma de entrevista. Não foi realizada busca ativa das mulheres.

Na identificação socioeconômica da participante contêm informações sobre a faixa etária, período do pós-parto, quantidades de gestação, parto e abortos, estado civil, cadastro em programas sociais e a renda familiar das mulheres, escolaridade, além das informações do questionário propriamente dito, com pontuação de 0 a 3, e o escore utilizado foi igual ou acima de 11.

Além da aplicação do instrumento de coleta de dados, foram realizadas orientações referentes a DPP e a escala, fornecidas pela equipe de saúde, se deram em forma de rodas de conversa. Antes de aplicar os instrumentos, foram feitas orientações referentes a DPP e a escala se deram em forma de rodas de conversa, fornecidas pela equipe de saúde.

As puérperas identificadas com o escore igual ou acima de 11 foram encaminhadas para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, para acompanhamento por equipe multidisciplinar e/ou Centro de Atenção Psicossocial, quando necessário, assim como para consulta médica, com um menor tempo no agendamento do retorno desta mulher à USF.

Durante o mês de dezembro houve uma pausa na aplicação da escala por recesso municipal com a suspensão das atividades na unidade de saúde, sendo normalizando em janeiro do corrente ano. A escala foi anexada no prontuário da mulher para eventual consulta da equipe de saúde, se assim fizer necessário.

Por se tratar de um trabalho acadêmico não se fez necessário submetê-lo a aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa. Propõe-se após a conclusão do curso

encaminhar o referido estudo para validação em CEP, de acordo com CNS 196/96 versão 2012, a fim de transformá-la em um projeto de pesquisa que pretende investigar uma amostra significativa com validação para trabalhos científicos.

A construção desta pesquisa seguiu o cronograma a seguir:

	Dez/13	Jan/14	Fev./14	Mar./14	Abrl/2014	Maio/ 2014
Definições operacionais	X					
Primeiro envio de TCC	x					
Introdução		x	x			
Metodologia				x		
Resultados e análises				x		
Considerações finais				x		
Referências				x		
Entrega do trabalho final				x	x	
Revisão final do pôster					x	
Apresentação à gestão					x	
Envio para aprovação comitê de ética e pesquisa						x

4. RESULTADO E ANÁLISE

A Unidade de Saúde da Família João da Rocha Calado-02 são cadastradas 997 famílias, 33 gestantes, das quais 57,58% são menores de vinte anos de idade (SIAB/SMS, 2013). Na a média de atendimento foi de 11,42% para a puericultura e de 13,69% para consulta de pré-natal, no mesmo ano (SIAB/SMS, 2013). Atualmente, existem cadastradas no SIAB, 18 crianças menores de seis meses, e a equipe apresenta uma microárea descoberta, ou seja, encontra-se sem informações atualizadas no que diz respeito as puérperas, seja no prontuário das pacientes ou em qualquer outro documento.

Em 2011 a 2º Região de saúde apresentou a terceira maior Taxa Bruta de Natalidade com 18,4/1000 nascidos vivos, sendo em São Luis do Quitunde a maior taxa, porém sem variação significativa em seus valores (SAUDE/AL, 2012). A taxa específica de fecundidade o Município apresenta uma das maiores taxas 0,064, logo abaixo de Japaratinga, sendo maior entre a faixa etária de 10 a 14 anos de idade, seguida por 15 a 19 anos de idade, com a taxa de fecundidade total mais

alta para a região de 2,31 filhos por mulher apresentando forte tendência à queda (SAÚDE/AL, 2012).

Os dados apontam que houve um aumento nos números de cesárias em relação ao parto normal, 53,7% e 45,6% respectivamente, com uma forte tendência para o parto cesáreo (SINASC/SMS, 2011).

Com relação a gravidez na adolescência, contrariando as características do Estado que encontra-se em declínio, a 2ª Região apresentou um aumento de aproximadamente 10%, com aumento na proporção de gestante na faixa etária entre 10 a 14 anos de idade, com média de 2,6, no município de São Luís do Quitunde esta média apresenta-se em 2,8, já na faixa etária de 15 a 19 anos de idade esta média cresce para 30%, na região e 28% no Município (SINASC/SMS, 2011), demonstrando a falha na captação destas adolescentes na rede de assistência à saúde, submetendo-a a um risco acrescido de gravidez precoce e de alto risco, abandono dos estudos, apoio familiar prejudicado com aumento de parceiros sexuais, repetidas gravidezes, bem como aumento do risco no desenvolvimento infantil. (SMS/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2013).

Os números do SISPRENATAL apresentam 325 gestantes cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (VIG. SAÚDE/SMS, 2014). O Município apresentou em 2013 uma média de 6,88% e 7,66% de consultas de puericultura, na zona rural e urbana, respectivamente, e para consultas de pré-natal uma média de 6,59% e 11,02%, respectivamente, zona rural e urbana.

Em relação às consultas de pré-natal, 7 ou mais, não houve variações significativas na proporção de mães que a realizaram, ficando com a terceira menor do Estado, em São Luís do Quitunde percebe-se uma queda significativa na proporção das gestantes sem acompanhamento e houve uma estabilidade em torno dos 30% daquelas com 7 ou mais consultas de pré-natal (SINASC/SMS, 2011).

A morbidade hospitalar no que se refere as doenças relacionadas ao pré-natal, ao parto e puerpério, capítulo XV, CID-10 está em 34,42% (SAÚDE/, 2012). A internação seguindo as condições sensíveis a atenção primária (CSAP, 2007-2001), capítulo XV apresenta-se em 0,85% (SAÚDE/AL, 2012).

Observa-se que o município tem negligenciado os números que diagnosticam a atenção a mulher em seu período gravídico com risco ou patologias relacionadas à saúde mental. Não se tem evidências de registros nacional, estadual e, principalmente, municipal no que se refere aos transtornos mentais,

principalmente quando tratamos de mulheres no período gestacional, parto e puerpério.

Das mulheres entrevistadas, 55,5% são menores de 20 anos, 61,1% não concluíram o ensino fundamental, apenas uma frequenta a universidade, 61% tiveram duas ou mais gestações e 39% apresentaram escore igual ou acima de 11, das quais 45,5% são menores de 20 anos.

Foi observado que as mulheres apresentam insegurança ao expressar sentimentos, mostraram receio no preenchimento da escala, Houve recusa no encaminhamento ao NASF para consulta com a equipe multiprofissional, na ocorrência desta situação a mulher foi acompanhada pela equipe de saúde da família com uma frequência maior.

A equipe apresenta dificuldade no manejo destas pacientes, pela falta de conhecimento por parte da equipe quanto a realização do diagnóstico da depressão pós-parto, pela falta de apoio pela gestão quanto as condições para o tratamento dos transtornos mentais de modo geral, falta de uma referência e contra-referência, no próprio Município, efetiva e eficaz.

Com a implantação da escala autoaplicada de Edimburgo como rotina na Unidade Saúde da Família João da Rocha Calado percebeu-se que as mulheres mais vulneráveis para a depressão pós-parto são as mulheres adolescentes, principalmente as com menor faixa de idade (14-16 anos de idade), aquelas com baixo nível de escolaridade, precárias condições sociais e econômicas, sobrecarga de afazeres domésticos, uma rede de apoio ineficaz e principalmente a instabilidade conjugal.

Nota-se que no município de São Luis do Quitunde falta uma rede protetora para a prevenção da depressão de modo geral, onde os determinantes sociais e de saúde influenciam diretamente, como lazer, cultura, saneamento básico, emprego e renda, escolas de boa qualidade, fazendo com que as mulheres não usufruam de otimismo para com a vida, elevada autoestima, suporte social adequado e a falta de uma preparação adequada tanto física, quanto psicológica para as mudanças que surgem com a gravidez.

Podemos atribuir como ponto negativo para a utilização da Escala autoaplicada de Edimburgo é que este instrumento não pode ser usado como diagnóstico e simplesmente como instrumento de rastreio, podendo sugerir tanto falsos-positivos como falsos-negativos, podendo aumentar o número de pacientes

encaminhados para a especialidade como pode mascarar uma possível depressão, e como ponto positivo facilidade e rapidez durante o preenchimento da escala e por ela ser de fácil entendimento para o público-alvo em questão.

Levando em consideração todas estas implicações, a utilização da escala revelou uma situação desconhecida para a equipe, fazendo-a mudar o olhar para o binômio mãe-filho na tentativa de evitar as consequências que eles, a mãe e o filho, sofrem durante toda a vida, pela condição materna.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão puerperal é caracterizada por transtornos psíquicos que pode instalar-se no puerpério, tanto no precoce ou tardio, e pode ocasionar agravos importantes na relação entre mãe e filho e onde percebe-se falha no reconhecimento e tratamento adequado dessas alterações mentais pelos profissionais de saúde que atendem estas mulheres.

Sendo a DPP, atualmente, apontada como um grave problema de saúde pública, e que está sendo negligenciada pela Rede de Assistência à Saúde, seja por falta de políticas públicas de saúde para o enfrentamento da depressão, em geral, pela falta de conhecimento da equipe em como lidar com o problema, e o desconhecimento pelas famílias e a própria mulher em reconhecer os sinais e sintomas, traz severos prejuízos ao desenvolvimento do recém-nascido e para a própria mulher, que é evidenciado pela falta de registro nos mais variados sistemas de informação à saúde.

Os fatores de risco para a depressão pós-parto como gravidez na adolescência, amamentação ineficaz, instabilidade conjugal, rede de apoio ineficaz, e a ausência de fatores de proteção, que têm relação direta com os determinantes sociais e de saúde são importantes desencadeadores da depressão.

A aplicação da EPDS apresenta resultados positivos, por ser um instrumento simples e rápido em seu preenchimento o torna ideal para aplicação em serviços que compõem a Rede Primária à Saúde, em especial por profissionais que não atuam na rede de saúde mental, evitando assim a sobrecarga dos serviços especializados. E como ponto negativo, a escala não pode ser usada como diagnóstico, mais como uma triagem, sendo necessário o encaminhamento das pacientes para serviço de saúde mental.

O alto índice de escore igual ou acima de 11 na população acompanhada, um total de 39%, destaca quão importante é a consulta puerperal, não apenas pelo acompanhamento obstétrico, mas também pela avaliação da higidez mental desta mulher, sendo imperativa uma mudança no olhar da equipe de saúde para com esta mulher, reavaliando sua prática assistencial, considerando-a em toda sua integralidade.

Diante disto, com o pouco tempo de observação que tivemos e com o pequeno número de mulheres acompanhadas, em um total de 18 mulheres cadastradas, pudemos perceber a importância da utilização de um instrumento que possa rastrear sinais e sintomas de transtornos mentais em mulheres no período pós-natal, que possam ser preditivos de uma depressão pós-parto na mulher, fornece registros sobre o acompanhamento da saúde mental dessas mulheres e auxilia na assistência do profissional de saúde, minimizando as lacunas na atenção voltada as puérperas.

REFERÊNCIA

BARROS, S.M.O.; MARIN, H. DE F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual teórico**. Brasília: 2012. 5 ed., P. 229-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2012, p 259-276.

CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, S.C.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR. J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clin.** 2006, v.33, n. 2, p. 92-102. Disponível em < www.scielo.br/pdf/rpc/v33n02/a09v33n02.pdf > Acesso em 22/03/2014 às 04:08h

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidades com transtornos ansiosos**. Recife, Dissertação (doutorado) Universidade Federal de Pernambuco, 2009

CHAUDRON, L.H.; PIES, R.W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. **J Clin. Psychol**, v. 64, n.11, P. 1284-1292, 2003.

CORREIA, A.L.V. **Prevalência e Fatores de Risco em Depressão Pós-parto em um serviço de referência em João Pessoa- Paraíba**. Dissertação (mestrado) Recife.Universidade Federal de Pernambuco, 2006

FIGUEIRA, P.; CORREA, H.; DINIZ, M. H.; DILVA, M.A.R. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no Sistema Público de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009, Supl., v. 43, n.12, p.79-84.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

HIGUTI, P.C.P.; CAPPOCCI, P.O. Depressão pós-parto. **Rev. Enferm. UNISA**, 2003, v.4, p.46-50.

IACONELLI V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Rev. pediatria Moderna**, 2005, v. 41, n. 4.

KERBER, S.R.; FALCETO, O.G.; FERNANDES, C.L.C. Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, 2006, v 33, n. 06.

LOBATO, G.; MORALES, C.L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**. Recife, 2011, v. 11, n 04. Disponível em <www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1519-38292011000400003> Acesso em 22/03/2014 às 06:28h

MACHADO, S.C.E.P. **Desempenho de uma nova escala de depressão em um hospital geral brasileiro**. Dissertação (Pós-graduação), Porto Alegre, Faculdade de medicina. Universidade do Rio Grande do Sul, 2003.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puérperio**. São Paulo, Saraiva, 14 ed., 1997.

MILLER, L. J. **Postpartum depression**. JAMA, 2002, vol. 287, n. 6, p.762-765.

PAOLINI, C. J.; OIBERMAN, A. J.; BALZANO, S. Factores Psicosociales a um alto, médio y bajo riesgo de síntomas depressivos em el posparto inmediatos. **Rev. Bras. Materno infantil**. 2012 v.12, n.1. Disponível em: <WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1519-38292012000100007> último acesso em 18/03/2014 às 19:59

PEREIRA P. K. , LOVISI G. M., LIMA L. A., LEGAY L. F. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Psiquiatria Clínica**, SP, 2010, v. 37, n.5. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s01101-60832010000500006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 28/03/2014 às 15:11h

RICCI SC. **Enfermagem materno-infantil e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: 2008, Guanabara Koogan. P. 364-365, 558-560.

ROCHA, P.L. Depressão Puerperal:revisão e atualização. **J Bras. Psiq.**, 1999, v. 48, n. 3, p. 105-114.

RUSCHI, G.E.C; SUN, S.Y; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V.J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. Psiquiat.** Rio Gr. Sul, 2007, v. 29, n. 03, p. 274-280. Disponível em <

www.scielo.org/scielo.php?script=nlinks&ref=3409635&pid=s0034-8910200900080001200019&ing=en> Acesso em 22/03/2014 às 04:40h

SANTOS, M.F.S; MARTINS, F.C; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. Disponível em <[http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(90\).htm](http://urutu.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(90).htm)> Acesso em 28/03/2014 às 19:59.

SAÚDE ALAGOAS, **Análise da Situação Saúde**, 2º região de Saúde. V. II, 2012. Disponível em <<http://www.saude.al.gov.br>> Acesso em 20/03/2014 às 20:00h

SILVA, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L.; SOUSA, P.L.R.;

FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**. 2006, v. 40, n 01, p. 65-70

SILVA, E. T.; BOTTI, N.C.L. Depressão Puerperal- Uma Revisão de Literatura. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 2005, v.7, n.02, p.231-238, Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_2/revisão_01.htm> Acesso em 18/03/2014 às 19:27

STONE, Z.N.; NEMEROFF, C.B. Womens at riss for post-partum- onset major depression. **Am. J. Obst. Gynecol.** 1995, v.173, p. 639-645.

WENDERCOM, M.V.A.; MARC, C.; MAANFOI, A. Depressão Puerperal: atualização. **Femina**, 1999, v. 30, n. 7, p. 439-444.

APÊNDICES

Apêndice I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada _____, você está sendo convidada a responder um questionário a cerca dos seus sentimentos nesta fase de sua vida em que se encontra, pois há pouco tempo você teve um bebê.

O questionário consiste em 10 enunciados, com pontuação de 0 a 3 de acordo com a presença e intensidade dos sintomas, cobrem sintomas como tristeza, culpa, autodesvalorização, idéias suicidas, além de fadiga, falta de concentração, distúrbios de sono, choro, etc.

O questionário irá nos auxiliar na melhor forma de cuidar da sua saúde e do seu bebê.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do enfermeiro responsável e você a qualquer momento poderá entrara em contato para tirara dúvidas sobre a depressão pós-parto e o questionário.

Declaro que entendo os objetivos do questionário, os riscos e benefícios e autorizo a minha participação.

São Luis do Quitunde____/____/____ Entrevistador:_____

Participante:_____

Enfermeira: **Alina Ribeiro Targino de Amorim**

Rua: Fernando Sarmiento, snº- Centro ,São Luis do Quitunde- AL

Cep: 57920-000 cel:(082)9323-6956

Apêndice II: Identificação socioeconômica e Escala Autoaplicada de Edimburgo- EPDS

Nome:

Idade:

Escolaridade: () analfabeto () ens. Fundamental () ens. Médio () superior

Data do Parto:

G _____ **P** _____ **A** _____

Estado civil: () casada () estável () solteira () outro

Bolsa família:

Renda da família:

Como você esteve grávida e há pouco teve bebê, gostaríamos de saber como você se sente atualmente, leve em consideração os últimos sete dias. Por favor, marque um X na resposta que mais se assemelha com o que você tem sentido.

Tabela 1 – Versão em português da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)¹

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

(0) Como eu sempre fiz (2) Sem dúvida menos que antes

(1) Não tanto quanto antes (3) De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está para acontecer em meu dia a dia.

(0) Como sempre senti (2) Com certeza menos

(1) Talvez menos que antes (3) De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

(3) Sim, na maioria das vezes (1) Não muitas vezes

(2) Sim, algumas vezes (0) Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

(0) Não, de maneira alguma (2) Sim, algumas vezes

(1) Pouquíssimas vezes (3) Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

(3) Sim, muitas vezes (1) Não muitas vezes

(2) Sim, algumas vezes (0) Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas do meu dia a dia.

(3) Sim. Na maioria das vezes eu não (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem elas.

(2) Sim. Algumas vezes não consigo (0) Não. Consigo lidar com elas lidar bem com elas.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

(3) Sim, na maioria das vezes (1) Não muitas vezes

(2) Sim, algumas vezes (0) Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

(3) Sim, na maioria das vezes (1) Não muitas vezes

(2) Sim, algumas vezes (0) Não, nenhuma vez

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

(3) Sim, quase todo o tempo (1) De vez em quando

(2) Sim, muitas vezes (0) Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

(3) Sim, muitas vezes ultimamente (1) Pouquíssimas vezes

(2) Algumas vezes nos últimos dias (0) Nenhuma vez

¹ Versão adaptada por Santos *et al.* (1999)

ANEXO

Anexo I

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍZ DO QUITUNDE

